

## RESPEITO À HISTÓRIA: SÍNDROME DE VON PRESSER

*Respect to history: Von Presser syndrome*

Alcino Lázaro da SILVA

Professor Emérito da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Ex-Presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva

*"Dilatação visceral, úlcera gástrica na incisura angular e piloro normal: síndrome de von Presser"*  
Alcino Lázaro da Silva

**T**rabalhando com a úlcera cloridropéptica, tanto a duodenal quanto a gástrica, diria que adquirimos experiência considerável. Ao longo dos anos, não podemos nos esquecer de que tudo se passou na era pré-bloqueadores de secreção ácida do estômago, pois o capítulo das úlceras cloridropépticas, hoje, é sobretudo clínico.

Veza por outra encontrávamos quadro clínico-cirúrgico com gastrectasia, úlcera gástrica e estenose pilórica. Durante a operação constatávamos dilatação visceral, úlcera gástrica localizada no nível da incisura angular e, para surpresa, piloro normal em que pese radiografia sugerir estenose.

Não encontramos na literatura um quadro similar, exceto a descrição de von Presser, K. em 1937<sup>10</sup> de cujo texto extraímos o que se lê na Figura 1, e o que denominamos de "Síndrome de von Presser".

Ao longo da experiência vivida pudemos operar 51 pacientes portadores de úlcera gástrica, na curvatura menor, no nível da incisura angular ilustrada na Figura 2.

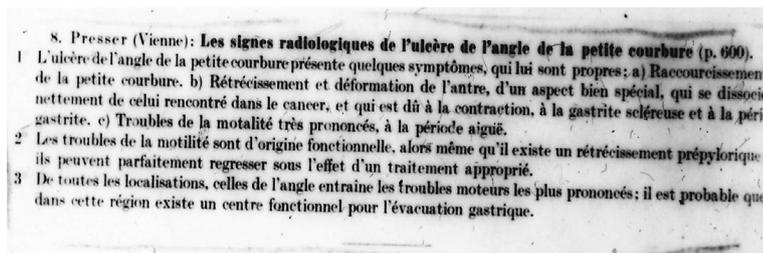


FIGURA 1 – Texto original de Von Presser em 1937

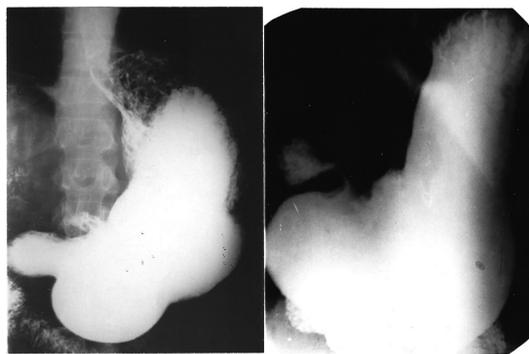


FIGURA 2 – Dois casos de síndrome de Von Presser onde se observa dilatação visceral, úlcera gástrica na incisura angular e piloro normal

Concluída a propedêutica, os pacientes foram submetidos à operação de escolha seguindo a padronização que fizemos. É importante lembrar que todos foram tratados antes de 1980 e que também, nessa época, iniciava-se a era dos bloqueadores de secreção ácida, o ressurgimento do *Helicobacter pylori* e o emprego dos antibióticos.

Todos foram submetidos à antrectomia parcial, vagotomia e anastomose gastroduodenal na pequena curvatura.

No procedimento cirúrgico a gastrectasia era confirmada e a ressecção parcial do antro mostrava a úlcera e, ao lado, o piloro normal. Na peça operatória era demonstrada perviedade do piloro não acometido pelo processo inflamatório<sup>2,3,4,5,6,7,8,9,11,12</sup>

É sabido que o estômago apresenta movimentos autônomos após a vagotomia. A normalização deles se faz até em três anos. A origem do novo comando motor é assunto controverso, sugerindo-se a existência de um marcapasso na grande ou pequena curvatura, ou a origem e propagação dos movimentos por natureza miogênica ou neurogênica.

As técnicas operatórias para o tratamento da úlcera cloridropéptica são numerosas. No intuito de tratar e prevenir as sequelas da operação, Resende Alves et al.<sup>11,12</sup> propuseram vagotomia, antrectomia e anastomose gastroduodenal na pequena curvatura.

Isto foi possível porque os novos conhecimentos de fisiologia gástrica de então permitiam, com segurança, a vagotomia e a antrectomia como tempos fundamentais na prevenção da úlcera pós-operatória. Esta associação protegeria mais, com menos ressecção gástrica e menor mutilação. Alvarez<sup>1</sup> tentou ressaltar a existência de uma região situada na pequena curvatura responsável pelo comando motor gástrico, mas foram esquecidos seus trabalhos.

Em 1937, von Presser descreveu com base em uma síndrome cujo encurtamento e retificação da pequena curvatura, associados à dificuldade do esvaziamento gástrico com o piloro normal, decorriam úlceras no nível da incisura angular<sup>10</sup>.

Como o esvaziamento gástrico se faz à custa de movimento harmônico e excepcionalmente por gravidade, a conservação de uma possível zona motora gástrica - representada pela pequena curvatura - propiciaria tratamento eficaz, sem grande comprometimento das funções do estômago.

A pequena curvatura, representando o tubo gástrico primitivo, tem como maior função facilitar ou conduzir o esvaziamento gástrico. Ela o faz porque apresenta condições

peculiares nos aspectos embriológico, anatômico, microscópico, fisiológico e fisiopatológico.

Em banhos fisiológicos de órgãos isolados, estudando-se os movimentos espontâneos de fragmentos de regiões gástricas no cão, verificou-se que no terço proximal da pequena curvatura há movimento particular do tipo tônico, com representação gráfica que o identifica como onda gástrica do tipo III.

A experiência obtida com o material clínico em estudo parece demonstrar que o restabelecimento do trânsito gastroduodenal no nível da pequena curvatura, protegida pela vagotomia, oferece bons resultados clínicos tardios e menor índice de recidiva ulcerosa, graças ao esvaziamento gástrico próximo do normal.

Concluindo-se, o que se pode afirmar é que a pequena curvatura propicia a passagem livre da ingestão e participa ou desencadeia o controle dos movimentos do estômago. Haveria um marcapasso? A unidade é que facilita o movimento anti-horário durante a malaxação do bolo alimentar? Por não estarem esclarecidos esses fatos não se pode desmerecer o que ocorre, funcionalmente, quando a incisura angular é acometida pela úlcera cloridropéptica.

Na época em que não havia os bloqueadores da secreção ácida do estômago, a cirurgia gástrica era iatrogênica ou de alto risco, e por não ter sido ainda descrito o *Helicobacter pylori*, muitos pacientes cultivavam suas úlceras por longos anos. Com isto, a úlcera gástrica se mantinha, evoluía para um processo ulcerado crônico e, quando se localizava na incisura angular, gerava estase gástrica que participava da síndrome que denominamos de "von Presser".

## REFERÊNCIAS

1. Alvarez WC. The movements of the stomach. In: An introduction to Gastroenterology. 2a ed., New York, Paul B.Hoeber, cap. 15, p. 287,1940
2. Di Dio LJA. Píloros do sistema digestório, An, Fac, Med. Univ. Minas Gerais, 17: 5, 1957.
3. Dragstedt LR, Owens Jr. JM. Supradiaphragmatic section of the vagus nerves in the treatment of duodenal ulcer, Proc Soc Exp Biol Med., 53:152, 1943.
4. Harkins HN Schunnitz EJ, Harper HP, Sauvage LR, Moores Jr HG, Storer EH, Kanar EA. A combined physiologic operations for peptic ulcer (partial distal gastrectomy, vagotomy and gastroduodenostomy); preliminary report, West J. Surg 61:316,1953
5. Horsley S, The Billroth 1 type of partial gastrectomy, South Med. J., 35:456, 1942.
6. Lázaro Da Silva A, Freire MTG, Rios M, Pereira LS, Pelaquim AF, Borges E. Anatomia cirúrgica dos vagos ao nível do hiato esofágiano, Vagotomia seletiva. An. Fac. Med. Univ. Fed. Minas Gerais, 25- 27: 5-11, 1968/70.
7. Lázaro Da Silva A, Ubiali MA, Santos WB, Lemos MMD. Complicações per-operatórias e pós-operatórias imediatas da vagotomia, antrectomia mais gastroduodenostomia na pequena curvatura. Rev. Assoc. Med. Brasil., 20. 329, 1974.
8. Lázaro da Silva A. Rodrigues EB, Estudo morfológico da pequena curvatura do estômago do cão. Rev. CBC, 4: 63,1972.
9. Lázaro Da Silva A. Técnica da vagotomia mais antrectomia parcial mais gastroduodenostomia na pequena curvatura. Rev. Assoc. Med., Minas Gerais, 23: 173, 1972.
10. Presser VK. Die Roentgen-symptomatologie des Geschwurs am Angulus Ventriculi. Forstchr. Rontgenst, 55 : 600,1937.
11. Resende Alves JB, Lázaro Da Silva A. Antrectomia, vagectomia mais gastroduodenostomia na pequena curvatura. Hospital, 71: 1.027, 1967.
12. Resende Alves JB, Lázaro Da Silva A: Surgical treatment of peptic ulcer. Int. Surg., 56: 239,1971.